

Opciones terapéuticas en el asma infantil

Andrew Bush

Departamento de Pediatría
Hospital Royal Brompton, Londres, Inglaterra

Resumen

Es importante identificar a los niños sensibles a esteroides de aquellos que no requieren tratamiento. En particular, el reconocer que existen fenotipos que no requieren corticoides debería impedir un escalamiento de la terapia, con todos los riesgos concomitantes de ésta estrategia.

Palabras Claves: Asma infantil, fenotipos de la infancia, manejo, tratamiento.

INTRODUCCIÓN

Al considerar las opciones terapéuticas para el manejo de las sibilancias en niños pre-escolares, se debe considerar la contribución del grado y la naturaleza de cualquier inflamación de la vía aérea, el grado de hiperreactividad bronquial (HRB), y el grado de obstrucción persistente y aparentemente irreversible al flujo aéreo.

OPCIONES TERAPÉUTICAS

Broncodilatadores

Tanto los β_2 -agonistas como los anticolinérgicos, se utilizan con frecuencia incluso en niños menores. La respuesta a nivel individual es difícil de predecir y una prueba terapéutica con cualquiera de ambos suele ser justificable. Se ha informado broncoconstricción paradójica con ipratropio nebulizado, relacionado probablemente con la tonicidad de la solución.

Los broncodilatadores pueden agravar los síntomas debido a la presencia de traqueobroncomalacia por reducción del tono muscular liso. Existe poca experiencia sobre los β_2 -agonistas de acción prolongada en este grupo etario.

Antagonistas del receptor de leucotrienos

Su función requiere estudios adicionales. Existen excelentes razones experimentales para creer que son útiles en síntomas asociados a virus, que se caracterizan por la producción de grandes cantidades de cistenil-leucotrienos. Se esperan los ensayos correspondientes.

Antihistamínicos

El ensayo ETAC evaluó el rol de la cetirizina para la prevención de asma en niños con dermatitis atópica. No hubo diferencia

en la prevalencia de asma entre los grupos activo y placebo. En un análisis por subgrupos, en base a las pruebas RAST, hubo algún indicio de que los niños sensibilizados al polvo, gatos o polen de césped podrían ser beneficiados.

Las cifras son muy pequeñas, y todavía falta encontrar algún padre interesado en el uso de antihistamínicos de largo plazo bajo estas circunstancias.

Corticoides inhalados

No hay duda, que algunos niños con sibilancias se benefician en gran medida con este medicamento (ver a continuación), pero también es cierto que están sobre-utilizados y deberían discontinuarse en caso de no haber beneficios.

Corticoides orales

Deberían reservarse principalmente para niños con sibilancias atópica refractarios a otros tratamientos. Sin embargo, se indican en forma tan aislada que su utilización debería producir una revisión completa del diagnóstico y de cualquier factor medioambiental que pudiera ser responsable de la continuación de los síntomas.

DISPOSITIVOS DE SUMINISTRO DE DROGA

El medicamento inhalado suele administrarse con una máscara y espaciador o mediante un espaciador sólo, en niños a partir de los tres años de edad. Los nebulizadores sólo debieran usarse en caso de no existir otra forma para obtener el beneficio terapéutico.

Si se va a utilizar un inhalador de dosis medida y un espaciador, aplicar estas normas: el inhalador se debe agitar entre cada aplicación; el niño debe inhalar inmediatamente desde el espaciador y el espaciador debe lavarse con detergente doméstico una vez por semana y no lavar o limpiar en seco.

Correspondencia: Andrew Bush, Departamento de Pediatría,
Hospital Royal Brompton, Londres UK.
E-mail: a.bush@rbh.nthames.nhs.uk

TRATAMIENTO DE FENOTIPOS SIBILANTES EN NIÑOS PREESCOLARES

Enfermedad pulmonar crónica (EPC) en prematuros

Los sobrevivientes a EPC tienen evidencia de obstrucción al flujo aéreo y HRB; ¿existe alguna evidencia de inflamación en curso?. Un estudio individual mostró un aumento del leucotrieno urinario E4 en lactantes con enfermedad pulmonar crónica, en comparación a controles. No hubo correlación con indicios de obstrucción al flujo aéreo. En relación al tratamiento, aunque existen muchos estudios que muestra un beneficio de corto plazo con los broncodilatadores inhalados, cromoglicato, y corticoides, no existe evidencia sobre beneficios a largo plazo. A pesar de la escasa evidencia respecto a la inflamación de la vía aérea o sobre el beneficio a largo plazo, muchos niños son tratados con corticoides orales. Los broncodilatadores también son ampliamente utilizados, lo que sería justificable en algunos niños, pero podrían agravar la obstrucción al flujo aéreo en presencia de broncomalacia. Sería razonable aplicar una prueba terapéutica de broncodilatadores inhalados a niños sintomáticos, y tal vez esteroides inhalados si el niño es atópico, pero discontinuar en caso de no observar beneficios.

Sibilancias y tos post-bronquiolitis

Resulta claro, de acuerdo a estudios controlados y randomizados, que el tratamiento con esteroides orales o inhalados es ineficaz en presencia de bronquiolitis por VRS. Además, el tratamiento post-bronquiolitis con esteroides no es efectivo en absoluto, lo que implica que la eosinofilia de la vía aérea probablemente no tiene importancia clínica en ningún estadio de la enfermedad. Los estudios de seguimiento en seres humanos, han mostrado que los síntomas post-VRS de largo plazo se hacen menos conspicuos. En un estudio reciente de varios cientos de niños del grupo Tucson, hubo un aumento de sibilancias después de infección por VRS hasta los 11 años de edad, pero no a los 13, cuando las sibilancias no fueron más frecuentes que en la población general. No hubo asociación entre VRS y la condición atópica posterior. La mayoría de los niños tendrá un síndrome post-bronquiolitis prolongado caracterizado por tos y sibilancias, que es refractario a terapia con esteroides inhalados pero que mejora gradualmente con el tiempo. Existe un estudio individual que informa beneficios con montelukast en niños durante el período inmediato a bronquiolitis aguda y se justifica una prueba de este medicamento desde un punto de vista teórico y práctico.

Sibilancias asociada a virus

La evidencia proveniente de estudios post-natales, antenatales y de más largo plazo es que la gran mayoría de las sibilancias asociada a virus están relacionadas con un desarrollo sub-óptimo de la vía aérea en el útero y no con reactividad o inflamación de la vía aérea. El tratamiento de primera línea es con broncodilatadores (anterior). En caso de episodios

severos a repetición que requieren esteroides orales, entonces debieran probarse esteroides inhalados.

Bronquiolitis obliterante

No existe un tratamiento efectivo para la bronquiolitis obliterante establecida. Lo habitual es que los niños han sido sobretratados con esteroides inhalados y broncodilatadores, a los cuales no responden, los que deben ser discontinuados. Se debe asegurar una oxigenación adecuada mediante monitoreo nocturno.

Sibilancias atópica y no atópica de aparición tardía

Los niños atópicos con sibilancias significativa, especialmente entre resfríos virales, debieran tener una prueba de corticoides inhalados. La limitada evidencia existente indicaría que estos niños presentan inflamación eosinofílica de la vía aérea. Sin embargo, la evidencia que el remodelamiento precoz o tardío de la vía aérea responde a esteroides no es convincente. Las sibilancias no atópica de aparición tardía es indudablemente una realidad, pero infrecuente, y el diagnóstico debiera ser revisado con cuidado antes de prescribir esteroides inhalados.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). British guideline on the management of asthma. Thorax 2003; 58 (Suppl 1): i1-94
2. Zacharasiewicz A, et al. Monitoring of airway inflammation and steroid reduction in children with asthma. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2006;6:155-60.
3. Bush A. Asthma research: the real action is in children. Paediatr Respir Rev 2005;6:101-10.
4. Phenotype-specific treatment of difficult asthma in children. Paediatr Respir Rev 2004;5:116-23.
5. O'Connell E. The burden of atopy and asthma in children. Allergy. 2004 Aug;59 (Suppl 78):7-11.
6. Szeffler SJ. Current concepts in asthma treatment in children. Curr Opin Pediatr 2004;16:299-304.
7. Coghlan D et al. Treatment of childhood asthma: how do the available options compare? Paediatr Drugs 2003;5:685-98.
8. Mc Donald NJ et al. Anticholinergic therapy for chronic asthma in children over two years of age. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(3):CD003535.
9. Stempel DA. The pharmacologic management of childhood asthma. Pediatr Clin North Am 2003;50:609-29.
10. Randell T, et al. Safety of the newer inhaled corticosteroids in childhood asthma. Paediatr Drugs 2003;5:481-504.
11. Van Asperen et al. The role of corticosteroids in the management of childhood asthma. Med J Aust 2002;176:168-73.
12. Child F, et al. Inhaler devices for asthma: do we follow the guidelines? Arch Dis Child 2002;86:176-9.
13. Spahn JD et al. Childhood asthma: new insights into management. J Allergy Clin Immunol 2002;109:3-13.
14. Pedersen S, et al. Long-term effects of budesonide or nedocromil in children with asthma. The Childhood Asthma Management Program Research Group. N Engl J Med 2000;343:1054-63.
15. Selvadurai H, et al. Antileukotriene drugs in childhood asthma: what is their place in therapy? Paediatr Drugs 2000;2:367-72.
16. Bisgaard H. Long-acting beta(2)-agonists in management of childhood asthma: A critical review of the literature. Pediatr Pulmonol 2000;29:221-34.
17. König P. Third International Consensus statement on the management of childhood asthma. Pediatr Pulmonol 1999;28:72-3.
18. García-Marcos L et al. New perspectives for asthma treatment: anti-leukotriene drugs. Pediatr Allergy Immunol 1999;10:77-88.
19. Coghlan D et al. Treatment of childhood asthma: how do the available options compare? Paediatr Drugs 2003;5:685-98.
20. Van der Wouden JC et al. Inhaled sodium cromoglycate for asthma in children. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(3):CD002173.